

**Vragenlijst 1e controle**

Tijdens de eerste controle willen we graag iets meer te weten komen over uw medische achtergrond, die van uw evt. partner, eventueel eerder geboren kind(eren) en beide families.

Dit kan van belang zijn voor de zwangerschap. Daarom vragen wij de onderstaande vragenlijst zo volledig mogelijk in te vullen en terug te mailen. Wij zullen de vragenlijst bij de intake doornemen.

|  |  |
| --- | --- |
| Naam |  |
| Geboortedatum |  |
| Gewicht voor de zwangerschap |  |
| Lengte |  |
| Wat doet u voor werk/opleiding? Hoeveel uur per week doet u dit?Wat is uw hoogst genoten opleiding? |  |
| Wat doet uw partner voor werk/opleiding? Hoeveel uur per week?Wat is uw partners hoogst genoten opleiding? |  |
| Is dit de eerste zwangerschap? Zo nee, vul dan de vragen op het 3e blad alstublieft in. |  |
| Datum zwangerschapstest  |  |
| De eerste dag van de laatste menstruatie |  |
| Had u een regelmatige cyclus?Zo ja, om de hoeveel dagen? |  |
| Heeft u anticonceptie gebruikt, zo ja wat, en tot wanneer? |  |
| Bent u zwanger geworden met behulp van een vruchtbaarheidsbehandeling zoals IUI IVF of ICSI? Waar vond deze plaats? |  |
| Bent u ooit geopereerd?Waaraan bent u geopereerd? En in welk ziekenhuis vond de operatie plaats? |  |
| Bent u ooit onder narcose geweest? Waren er problemen bij de narcose? |  |
| Heeft u wel eens een ruggenprik gehad? Waren er problemen bij de ruggenprik? |  |
| Bent u onder behandeling (geweest) van een specialist? Denk bijv. aan een internist, dermatoloog, orthopeed, uroloog, etc. Zo ja, waar, wanneer en waarvoor? |  |
| Heeft u ooit trombose gehad? Of bent u bekend met een stollingsstoornis? |  |
| Heeft u ooit een bloedtransfusie gehad? |  |
| Heeft u wel eens last van ontstekingen aan het gebit? |  |
| Heeft u wel eens blaasontsteking? |  |
| Heeft u wel eens een vaginale schimmelinfectie? |  |
| Bent u ooit behandeld voor een geslachtsziekte (SOA)? Welke? |  |
| Heeft u wel eens een uitstrijkje gehad van de baarmoedermond? Was dit een goede uitslag? |  |
| Bent u allergisch (bijv. pleisters, jodium, latex, antibiotica, lactose)? Hoe uit zich dat? |  |
| Heeft u vroeger de waterpokken (Varicella) gehad? |  |
| Bent u vroeger gevaccineerd volgens het landelijke vaccinatieprogramma? |  |
| Rookt u of rookte u voor de zwangerschap? Hoeveel per dag? Wanneer bent u gestopt? |  |
| Gebruikt u alcohol of gebruikte u alcohol voor de zwangerschap? Hoeveel? Wanneer bent u gestopt? |  |
| Gebruikt u drugs of gebruikte u drugs voor de zwangerschap? Welke drugs? Hoeveel en hoe vaak? |  |
| Heeft u deze zwangerschap medicijnen gebruikt? Welke medicatie? Waarvoor gebruikt(e) u dit en in welke dosering? |  |
| Heeft u te maken (gehad) met lichamelijk, huiselijk of seksueel geweld? |  |
| Heeft u problemen met inwendig onderzoek? |  |
| Bent u onder behandeling van een psycholoog of psychiater (geweest)? |  |
| Als u uw psychische gezondheid een cijfer moest geven op een schaal van 1 (ongelukkig) tot 10 (heel gelukkig), welk cijfer zou u dan kiezen? |  |
| Is uw partner gezond?  |  |
| Rookt hij of zij?Gebruikt hij/zij wel eens alcohol? Of drugs? |  |
| Komt in uw familie\* suikerziekte voor?(*\*Vader, moeder, broers/zussen*) |  |
| Komt in uw familie\* hoge bloeddruk voor? |  |
| Komen in uw familie\* schildklieraandoeningen voor? Of bent u zelf bekend met schildklierproblemen? |  |
| Komen er in uw familie of in die van uw partner aangeboren afwijkingen voor? (bijv: hartafwijkingen, open rug, hazenlip, Downsyndroom) |  |
| Bent u of uw partner bekend met heupdysplasie? Of komt dit in de familie voor? |  |
| Heeft u of uw partner ooit een koortslip gehad? |  |
| Heeft u nog relevante gegevens toe te voegen ten aanzien van de medische voorgeschiedenis van u of uw familie? Of uw partner en zijn familie? |  |

Heeft u nog specifieke vragen voor de verloskundige die u graag beantwoord ziet tijdens de intake?

1.

2.

3.

4.

**Indien de vorige zwangerschap(pen) door ons zijn gecontroleerd hoeft u het onderstaande gedeelte niet in te vullen, deze gegevens zijn bij ons bekend.**

Indien dit niet het geval is, willen we u vragen onderstaande vragen te beantwoorden en (indien beschikbaar) gegevens van vorige zwangerschappen mee te nemen naar de eerste controle.

|  |  |
| --- | --- |
| Heeft u ooit een miskraam of abortus gehad? |  |
| In welk jaar? |  |
| Kwam dit spontaan op gang of was er een ingreep nodig (zoals medicatie of een curretage)? |  |
| Waren er complicaties? |  |

Indien u eerder bent bevallen, graag de volgende gegevens invullen in de tabel:

* geboortedatum van uw kind(eren)
* bij welke termijn bent u bevallen?
* de voornaam van uw kind en het geboortegewicht
* bent u thuis of in het ziekenhuis bevallen?
* Waar liep u onder zorg?
* bijzonderheden van de bevalling (bijvoorbeeld kunstverlossing, pijnstilling etc)
* bijzonderheden van de zwangerschap
* bijzonderheden over het kraambed of de periode nadien
* restklachten van de bevalling
* hoe heeft u de vorige zwangerschap/bevalling/kraamtijd ervaren?

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Geboortedatum | Zwanger-schapsduur | Naam | M/V | Gewicht | Plaats bevalling | Bij welk ziekenhuis en/of verloskundigen-praktijk liep u onder zorg?  | Bijzonderheden |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst!